Student Wellness center

Consentimiento para el Cuidado de Pacientes de Menores

CHI Health
A member of CommonSpirit

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

Número de seguro social del estudiante: _____

Escuela: _____Grado _____

Doy mi consentimiento para que el estudiante mencionado arriba reciba servicios en el Centro de Estudiante de Bienestar. Esto puede incluir: Tratamiento médico, Salud del Comportamiento y Servicios de Dependencia Química. Esto también puede incluir Evaluación y Tratamiento de Medicamentos a través de la Red Médica Richard Young para Pacientes Ambulatorios. Proporcionado en el Centro de Bienestar del Estudiante o a través de Telesalud proporcionado en el Centro de Bienestar del Estudiante.

LIBERACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS
Doy mi permiso para que el Centro de Bienestar de Estudiantes intercambie información médica / conductual en forma verbal o escrita entre el Centro de Bienestar Estudiantil y: Las enfermeras escolares, el médico de atención primaria del estudiante, la Administración / Personal Escolar, la Libertad Condicional, la Desviación, Facilidad de referencia como sea necesario para facilitar la evaluación de la atención médica / conductual de este estudiante.

INSCRIPCIÓN EN LA ESCUELA
Yo doy permiso para que el Student Wellness Center utilice la información proporcionada a la escuela durante el registro anual. Esto puede incluir (pero no limitado a): Demografía, contacto de emergencia, Doctor, raza, etnia y Lenguaje.

COMUNICACIONES CONSENTIMIENTO
Consiento en recibir comunicaciones de The Physician Network, personal, contratistas, agentes de recolección y otros, en cualquier número que yo proporcione o que posteriormente se adquiera para mí. Estas partes pueden usar esta información para contactarme por medio de agente en vivo, correo de voz, mensajes de texto, usando un marcador automático u otra tecnología asistida por computadora, mensajes pregrabados o cualquier otra forma de comunicación electrónica. Incluyendo (pero no limitado a) citas, cuidado de seguimiento, programación, mis cuentas, asignación de beneficios y / o responsabilidad financiera. Entiendo que dependiendo de mi plan de teléfono podría ser cobrado por estas llamadas o mensajes de texto. Acepto proporcionar nuevo (s) número (s) si mi (s) número (s) cambia.

HIPPA
Yo reconozco recibir de la Notificación de Prácticas de Privacidad de la Red de Médicos recibida a solicitud y / o en la inscripción inicial en el Centro de Bienestar Estudiantil. (Abril de 2016)

INFORMACIÓN DE SEGUROS Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS
Autorizo al Centro de Bienestar Estudiantil a divulgar información sobre el tratamiento a terceros pagadores u otras personas con fines de facturación o administración de programas y evaluaciones. Además, autorizo y solicito que cualquier pago de los beneficios debidos por la atención prestada se pague directamente a The Physician Network. Yo me obligo individualmente y el paciente a pagar la cuenta Student Wellness Center de acuerdo con las tarifas regulares y la política de pago del Centro Médico. Por favor proporcione una copia de su tarjeta de seguro en el momento de la visita. Si usted cree que puede calificar para la asistencia de la Caridad, por favor avísenos.

X _____

FIRMA DEL PADRE / GUARDIAN **FECHA**

_____

Nombre del titular de la póliza de seguro **Fecha de nacimiento** **Número de seguro social**

Relación con el estudiante (marque): ☐ **Madre** ☐ **Padre** ☐ **Otro (especificar)** _____

*** Este consentimiento puede ser retirado en cualquier momento con notificación escrita al Student Wellness Centre.**